

*CUIDADORES DOMICILIARES DE IDOSOS:
QUALIDADE DE VIDA E PRÁTICAS
NO PROCESSO DE CUIDAR*

Liliane Cristina Barbosa¹
Cléa Adas Saliba Garbin²
Suzely Adas Saliba Moimaz³
Tânia Adas Saliba⁴

1 Graduada em Odontologia pela UNESP – FOA Araçatuba. Mestra em Odontologia Preventiva e Social, departamento de Odontologia Infantil e Social da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. E-mail: lilika.bar@gmail.com.

2 Graduada em Odontologia pela UNESP – FOA Araçatuba. Doutora em Odontologia Legal e Deontologia pela Universidade Estadual de Campinas, e Livre Docente em Odontologia Legal e Bioética. Professora Titular do Departamento de Odontologia Infantil e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. E-mail: clea.saliba-garbin@unesp.br.

3 Graduada em Odontologia pela UNESP – FOA Araçatuba. Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela UNESP – FOA Araçatuba. Professora Titular do Departamento de Odontologia Infantil e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. E-mail: suzely.moimaz@unesp.br.

4 Graduada em Odontologia pela UNESP – FOA Araçatuba. Doutora em Odontologia Legal e Deontologia pela Universidade Estadual de Campinas. Professora Adjunto, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. E-mail: tania.saliba@unesp.br.

resumo

Objetivou-se avaliar a autopercepção da qualidade de vida dos cuidadores de idosos e conhecer as práticas no processo de cuidar. A amostra foi composta por 194 cuidadores domiciliares de idosos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, utilizando um roteiro semiestruturado e o instrumento EQ-5D-3L/VAS. Do total, 34,5% não apresentou problemas nas cinco dimensões estudadas e declarou boa saúde (VAS médio 86,5 \pm 13,4). Em 65,5%, observaram-se problemas moderados e ou extremos nas cinco dimensões, sendo que os extremos foram relatados somente nas dimensões dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Administravam medicamentos 76,8% dos cuidadores, 60,3% auxiliavam com vestuário, 58,7% com o banho, 58,2% com a locomoção, 31,9% alimentação e 34% com a higiene bucal. Do total, 39,18% relatou ter dificuldades na rotina de cuidados, 12,89% estavam relacionadas à locomoção do idoso; 7,73% ao banho; 3,09% à convivência com o idoso, 0,52% à administração de medicamentos e 14,95% a outras dificuldades descritas e agrupadas em três categorias: "isolamento social" (13,80%), "conflitos de convivência" (48,27%) e "sobrecarga física e emocional" (37,93%). Houve predomínio de cuidadores do sexo feminino, revelando que o dever de cuidar ainda é cultural e socialmente considerado como característica da mulher. A imposição dos familiares, o acúmulo de funções diversas no lar e a falta de suporte familiar e financeiro explicariam a percepção de forma mais negativa do estado de saúde destas cuidadoras. A rotina de cuidados prestados aos idosos é complexa e são necessárias intervenções voltadas ao acompanhamento e capacitação destes cuidadores.

palavras-chave

Cuidador. Autopercepção. Qualidade de vida.

1 Introdução

O envelhecimento da população brasileira trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e à atenção domiciliar (BRASIL, 2014). As alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento,

em muitos casos, levam o idoso a necessitar de alguém para auxiliá-lo nas atividades do dia a dia e neste panorama, surge a figura do cuidador de idoso (GARBIN *et al.*, 2010).

No Brasil, o déficit na formação de profissionais, para cuidar adequadamente dos idosos, aliado às dificuldades financeiras das famílias em contratar um profissional especificamente para o cuidado do idoso, faz com que um dos membros da família se torne o cuidador e essa imposição muitas vezes resulta em desgaste tanto para o idoso quanto para o próprio cuidador (ROVIDA *et al.*, 2015).

Os níveis de dependência do idoso incluem desde dificuldades na mobilidade até níveis mais complexos de incapacidades físicas para a realização das atividades de vida diária (KATZ *et al.*, 1963). Em razão da perda da capacidade funcional, o idoso passa a necessitar de um cuidador, com as mais diferentes funções, variando de simples companhia até execução de atividade como dar banho, medicação, alimentação e locomoção (BARBOSA *et al.*, 2014).

O envolvimento diário nos cuidados com idoso implica, muitas vezes, deixar sua vida em segundo plano, fazendo com que o cuidador negligencie os cuidados com a sua própria saúde. Essa situação causa, na grande maioria, ansiedade, estresse, depressão e senso de sobrecarga, tendo impacto direto no bem-estar e na qualidade de vida do cuidador familiar, que geralmente, exerce suas funções sem auxílio ou orientações adequadas (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A qualidade de vida é considerada como a percepção que o indivíduo tem de sua própria vida em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, no contexto cultural e sistema de valores no qual vive (WHO-QOL GROUP, 1994). Essa percepção é construída por características subjetivas e multidimensionais como fatores culturais, necessidades espirituais e materiais, valores que são agregados à experiência de vida (CESÁRIO *et al.*, 2017).

Proposto para medir a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), o instrumento *EuroQol 5 Dimensions* (EQ-5D) foi empregado em estudos internacionais mostrando que a QVRS pode ser influenciada pelo sexo, faixa etária, renda, condições crônicas, além do acesso e utilização de serviços de saúde (AGBORSANGAYA *et al.*, 2013; MIELCK; VOGELMANN; LEIDL, 2014; PADDISON *et al.*, 2015; SZENDE; JANSSEN; CABASES, 2014).

No Brasil, pesquisa aponta que idosos, mulheres e indivíduos em condições de vulnerabilidade apresentaram mais problemas relacionados à saúde (MENEZES *et al.*, 2015). Estudos empregando o EQ-5D para avaliar, especificamente, a qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores domiciliares de idosos, não foram encontrados, porém sua aplicabilidade clínica e econômica

auxilia no planejamento da alocação de recursos no setor da saúde (RENNEN; OPPE, 2015).

Cabe ressaltar que o grande problema no cuidado domiciliar com o idoso é a necessidade de dedicação, quase sempre integral, o que aliado à dificuldade financeira, à falta de experiência, ao estresse causado pela sobrecarga física e emocional, à idade avançada ou até mesmo falta de empatia pela atividade, torna-se difícil oferecer os cuidados ao idoso de forma adequada (MAIA *et al.*, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Devido à carência na literatura sobre o tema, o presente estudo objetiva-se avaliar a autopercepção da qualidade de vida dos cuidadores domiciliares de idosos e conhecer as práticas no processo de cuidar, realizadas pelo cuidador no idoso receptor de cuidados, pois além de avaliar os possíveis fatores que podem interferir na qualidade do cuidado oferecido, demonstra também a necessidade de acompanhamento do estado físico e psicológico do cuidador domiciliar, de capacitação e suporte por parte dos serviços públicos.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo transversal com cuidadores domiciliares de idosos, realizado no ano de 2019. O local da pesquisa foi um município, de pequeno porte, no estado de São Paulo, Brasil.

Inicialmente, foi solicitada, à Secretaria Municipal de Saúde, uma relação de domicílios onde haveria idoso com cuidador, sendo fornecida uma relação com 243 domicílios. Foi considerado como cuidador domiciliar a existência de um indivíduo responsável pela prestação dos cuidados diários ao idoso, com ou sem remuneração.

Todos os domicílios foram visitados. Houve uma perda de 20,16%, representada por recusa na participação do estudo, falecimento do idoso, mudança de endereço e domicílio que permaneceu fechado após três tentativas. Sendo assim, a amostra final foi composta de 194 domicílios, portanto 194 cuidadores domiciliares de idosos, os quais poderiam ser contratados ou um membro da família.

Nas entrevistas, realizadas por um pesquisador treinado, com duração média 30 minutos, empregou-se um questionário semiestruturado, para registro dos dados do perfil dos participantes, dentre eles: idade, sexo, estado civil, grau de parentesco, grau de instrução, religião, área de formação; grau de dependência do idoso classificada em três níveis: independente, moderadamente dependente e totalmente dependente, alvo de cuidados para o

desempenho das atividades dos cuidadores (KATZ *et al.*, 1993); tempo como cuidador, atividade prévia como cuidador, remuneração, carga horária e atividades realizadas no cuidado.

A variável “maior dificuldade enfrentada”, pelos cuidadores, na rotina com o idoso, foi investigada e analisada do ponto de vista quantitativo e qualitativo. A dimensão qualitativa foi obtida por meio de resposta discursiva. A classificação das respostas foi realizada após a leitura minuciosa, identificação da ideia central, e agrupamento, resultando em três categorias: “isolamento social”, “conflitos de convivência” e “sobrecarga física e emocional”. Os cuidadores foram identificados com a letra “C” seguida do número da ordem da entrevista (C1 até C194).

Para análise da autopercepção da qualidade de vida foi utilizado o instrumento EQ-5D-3L e a escala visual analógica (VAS), amplamente utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e planejar a alocação de recursos no setor da saúde. A primeira parte do instrumento é composto por questionário baseado num sistema classificativo que descreve a saúde em cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada uma das dimensões possui três níveis de gravidade relatados pelos indivíduos: 1=sem problemas, 2=alguns problemas e 3=problemas extremos, resultando um total de $3^5=243$ (onde 3=número de níveis e 5=número de dimensões) estados de saúde distintos.

O melhor estado de saúde é representado por 11111, as respostas para cada dimensão é dada pelo número 1=sem problemas, ou seja Mobilidade=1, Autocuidado=1, Atividades habituais=1, Dor/mal-estar=1 e Ansiedade/depressão=1) e o pior estado de saúde é representado por 33333, no qual as respostas para cada dimensão é dada pelo número 3=problemas extremos, ou seja Mobilidade=3, Autocuidado=3, Atividades habituais=3, Dor/mal-estar=3 e Ansiedade/depressão=3) (BROOKS, 1996; BROOKS; RABIN; DE CHARRO, 2013; EUROQOL GROUP, 1990; FERREIRA P.; FERREIRA L.; PEREIRA, 2013; SANTOS *et al.*, 2016).

A segunda parte, do instrumento, refere-se a escala visual analógica (VAS) apresentada como termômetro de 0 a 100 e usada para avaliar a autopercepção de saúde, na qual 0 representa o pior estado de saúde imaginável e 100 representa o melhor estado imaginável.

Os dados foram coletados e registrados no programa Epi Info versão 7.2 e distribuídos de acordo com as características sociodemográfica; frequência absoluta dos cuidadores segundo o tipo de atividade de cuidado com o idoso; percentual de cuidadores nas cinco dimensões e em cada um dos três níveis

do EQ-5D-3L. Examinaram-se as frequências e a média dos valores de VAS em cada um dos estados de saúde encontrados no estudo.

A amostra foi dicotomizada em dois subgrupos: “Cuidadores sem problema”, aqueles que apresentaram apenas a pontuação 1 em cada uma das cinco dimensões e “Cuidadores com problema”, para aqueles que apresentaram as pontuações 2 e 3 (ou seja, com problemas moderados e ou graves, em alguma dimensão). Avaliou-se o comportamento dos grupos nas cinco dimensões do EQ-5D e nos valores médios de VAS em relação às variáveis: sexo, idade, estado civil, grau de parentesco, grau de instrução, religião e grau de dependência do idoso.

Para testar as diferenças entre os subgrupos foi aplicada a regressão logística univariada, por meio de software BioEstat versão 5.3, com nível de significância de $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o parecer 3.064.254. Os cuidadores voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes de serem submetidos aos procedimentos do estudo. Ressalta-se que foram respeitados os preceitos éticos em pesquisa com seres humanos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP).

3 Resultados

Um total de 194 cuidadores participaram do estudo, sendo que, 42,27% tinham mais de 60 anos, o que caracteriza a presença de idoso cuidando de outro idoso. A maioria, 80,93%, foi representada por mulheres; 59,28% casados; 52,06% declararam ser católico, e quanto ao grau parentesco, 45,36% era filho do idoso receptor de cuidado.

Quanto à área de formação, 59,79% estudaram por mais de sete anos, considerando a soma dos ensinos fundamental completo, médio e superior. Destes, 73,20% não possuía formação específica para o cuidado do idoso, apenas concluíram o ensino médio, 20,60% apresentaram formação diversa e somente 6,20% apresentaram formação técnica em enfermagem. Não concluíram o ensino fundamental ou eram analfabetos 41,2% dos cuidadores. A grande maioria, 87,60%, não era remunerada e o percentual de cuidadores formalmente contratados foi de 10,82%.

A experiência prévia como cuidador de idoso foi observada em 34,50% dos entrevistados. Em 79,4% dos casos a rotina diária de cuidado compreendia

um período de 18 a 24 horas e em 47,40% o tempo de cuidado ultrapassava os seis anos.

Em 83,50% dos entrevistados houve a declaração de satisfação com o trabalho de cuidador de idoso. A parcela insatisfeita, 16,5%, é na sua maioria representada por cuidadores com idade até 60 anos (65,62%).

Do total de cuidadores, 58,8% prestavam assistência ao idoso com dependência parcial para o desempenho das atividades básicas diárias, 26,8% ao idoso com dependência total e 14,4% ao idoso considerado independente para as atividades básicas diárias, mas que necessitava de cuidador para as atividades instrumentais da vida diária (LAWTON; BRODY, 1969), tais como companhia, levar ao médico e cuidados com a rotina da casa.

Para os idosos com dependência parcial ou total, 76,8% dos cuidadores administravam a medicação, 60,3% ajudavam com o vestuário, 58,7% com o banho, 31,9% com a alimentação, 58,2% auxiliavam a locomoção do idoso e 34,0% realizavam a higiene bucal no idoso.

Quando questionados sobre qual a maior dificuldade enfrentada no trabalho, 60,82% dos cuidadores disseram não ter dificuldades em cuidar do idoso. Dos cuidadores que relataram ter dificuldades na rotina diária (39,18%), 12,89% referiu a dificuldades com a locomoção do idoso de um lugar para outro, seja dentro ou fora de casa; 7,73% com o banho; 3,09% dificuldades na convivência com o idoso; 0,52% com a administração de medicamentos e 14,95% assinalaram a alternativa outra dificuldade e descreveram-na. Destes últimos, as respostas foram transcritas e agrupada em três grandes categorias, “isolamento social” (13,80%), “conflitos de convivência” (48,27%) e “sobrecarga física e emocional” (37,93%).

O “isolamento social” foi caracterizado pelo distanciamento de amigos, participação pequena ou quase nula em eventos sociais e momentos de lazer, o que resulta em sobrecarga emocional, sentimento de solidão, insatisfação gerando prejuízos na sua qualidade de vida. A observação da condição de cuidador solitário traz indignação para quem cuida, por visualizar a liberdade perdida, quando comparada aos demais familiares:

“Deixa ele sozinho, porque é cego” (C10);

“Não posso deixar minha mãe sozinha pra ir pescar” (C106);

“Não consigo sair de casa pra nada” (C64);

“Não consigo trabalhar, fazer faculdade, minha avó não fica com ninguém” (C150);

“Minha irmã é esquizofrênica, muito dependente e eu fico presa em casa” (C156).

Em relação aos “conflitos de convivência”, estes foram gerados pela resistência e teimosia do idoso, e em alguns casos, pela agressividade destes, resultado da patologia desenvolvida. Tal situação torna o cuidador vulnerável, nervoso, entristecido e solitário na sua função:

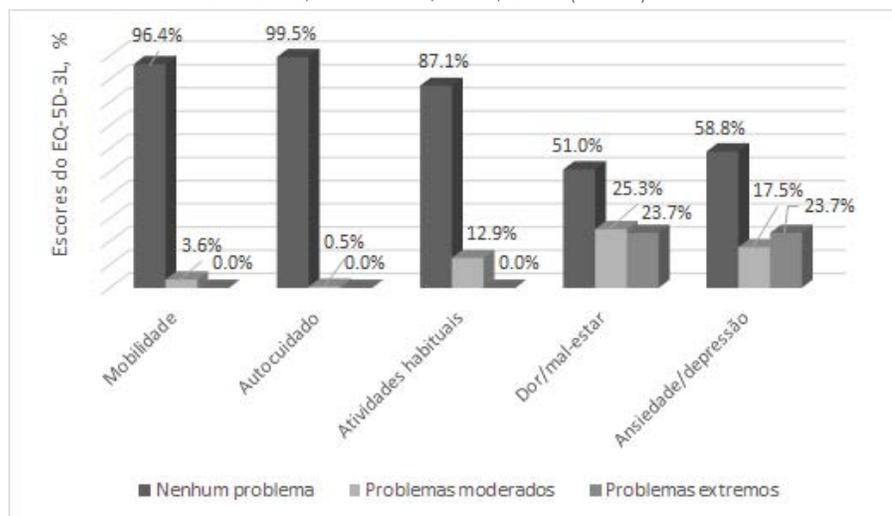
- “Teimosia da minha mãe” (C15);
- “Ela é muito teimosa” (C69);
- “Teimosia da minha mãe” (C78);
- “Muito teimosa minha mãe” (C104);
- “Ele é muito resistente, teimoso” (C122);
- “Ele me maltrata” (C30);
- “Ela é muito agressiva” (C147);
- “Ela tem ‘Corpus de Levi’ e é muito agitada e precisa ficar amarrada pra não cair” (C158);
- “Quero ajudar mais, motivar mais o idoso e não consigo” (C32);
- “A rotina do xixi, pois ela não quer usar fraldas” (C148).

O exercício do cuidado, apareceu como fator de “sobrecarga física e emocional” sendo necessário que, em muitos momentos, deixassem de lado seu autocuidado para cuidar do outro. Destaca-se que a carga da atividade dos cuidadores era devido à realização quase sempre de forma solitária, abnegando seus costumes e valores, em detrimento da vida do idoso que se encontrava sob os seus cuidados:

- “Não durmo bem porque ele acorda 3 vezes durante a noite” (C17);
- “Ela tem Alzheimer não dorme direito à noite” (C155);
- “Estou cansada e tenho que supervisionar tudo” (C92);
- “Minha idade já está avançada” (C81);
- “Ele surta, arranca a roupa, a fralda e sai na varanda. Dá muito trabalho, mexe no lixo” (C137);
- “Tenho dificuldades pra pegá ele, pois meus filhos não ajudam e eu cuido sozinha há 17 anos e meu útero e minha bexiga estão caídos preciso fazer cirurgia, mas como fazer?” (C149);
- “Ela dá muito trabalho, está muito revoltada e tentou se matar” (C177);
- “A família que exige muito e cobra muito mais do combinado” (C29);
- “Estou muito cansada” (C105);
- “Meu sono é interrompido porque ele acorda de madrugada” (C126);
- “Ele *não dorme a noite*” (C136);
- “Tudo! Dar banho, limpar as fezes” (C146);
- “Tenho problemas nas pernas e sinto muita dor ficando em pé na hora de da comida” (C151);
- “A idosa tá acamada e é pesada e tenho dificuldades na hora de levanta ela” (C182).

A Figura 1 apresenta a distribuição dos problemas em relação às dimensões da escala EQ-5D-3L. Problemas moderados foram observados nas cinco dimensões, no entanto, observou-se os problemas extremos apenas nos domínios dor/mal-estar e ansiedade/depressão.

Figura 1 – Percentual de cuidadores de idosos segundo nível de problemas relatados para cada dimensão do EQ-5D-3L, Ilha Solteira, Brasil, 2019 (n=194)



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Dos 243 estados de saúde possíveis, a Tabela 1 apresenta 21 diferentes encontrados nos 194 cuidadores de idosos avaliados. A melhor situação, representada por 11111 é uma classificação sem problema para todos os cinco itens do EQ-5D e foi relatada por 67 participantes (34,5%); o seu valor médio de VAS foi de 86,5, com desvio padrão de 13,4.

Para os demais estados de saúde, com relato de algum problema em uma das dimensões, o estado de saúde 11121 (n = 19), foi o mais frequente com 9,8%, seguido por 11131 (n=17) com 8,7%, ou seja, ambos sem problemas com mobilidade, autocuidado, atividades habituais e ansiedade/depressão, porém com problemas moderados e grave, respectivamente, na dimensão dor/mal-estar.

O pior estado de saúde observado entre os participantes foi o 22232, que representa problemas moderados (número 2) em quatro itens EQ-5D (mobilidade, autocuidado, atividades habituais e ansiedade/depressão) e com problemas extremos (número 3) na dimensão dor/mal-estar. Todos estados

de saúde, extraídos do EQ-5D-3L, suas frequências e seus respectivos valores médios de VAS estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Estados de saúde do EQ-5D segundo frequência absoluta e percentual e os valores média e desvio padrão de VAS entre os cuidadores de idosos. Ilha Solteira, Brasil, 2019 (n = 194)

| Estado de saúde | n (%) | média VAS | dp VAS |
|-----------------|------------|-----------|--------|
| 11111 | 67 (34,5%) | 86,5 | 13,4 |
| 11112 | 14 (7,2%) | 80,3 | 17,8 |
| 11113 | 16 (8,2%) | 80,5 | 15,6 |
| 11121 | 19 (9,8%) | 81,2 | 18,3 |
| 11122 | 14 (7,2%) | 74,3 | 12,9 |
| 11123 | 5 (2,6%) | 64,0 | 19,1 |
| 11131 | 17 (8,7%) | 69,4 | 16,7 |
| 11132 | 2 (1,0%) | 90,0 | 0,0 |
| 11133 | 12 (6,2%) | 62,5 | 23,0 |
| 11211 | 2 (1,0%) | 85,0 | 7,0 |
| 11221 | 12 (6,2%) | 57,8 | 23,7 |
| 11222 | 1 (0,5%) | 70,0 | 0,0 |
| 11223 | 4 (2,1%) | 68,7 | 14,4 |
| 11231 | 1 (0,5%) | 50,0 | 0,0 |
| 11232 | 2 (1,0%) | 35,0 | 49,5 |
| 11233 | 7 (3,6%) | 70,0 | 27,0 |
| 21121 | 1 (0,5%) | 60,0 | 0,0 |
| 21131 | 2 (1,0%) | 75,0 | 35,4 |
| 21221 | 1 (0,5%) | 50,0 | 0,0 |
| 21233 | 2 (1,0%) | 50,0 | 0,0 |
| 22232 | 1 (0,5%) | 50,0 | 0,0 |

Nota: Escala Visual Analógica (VAS). 1=sem problema, 2=problema moderado, 3=problema extremo, para cada uma das cinco dimensões do EQ-5D-3L.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

De acordo com os resultados do EQ-5D-3L, 127 cuidadores (65,5%) apresentaram problemas moderados e ou extremos nas cinco dimensões. Os percentuais foram significativamente maiores na dimensão dor/mal-estar (A4) com 49,0% e ansiedade/depressão (A5) com 41,2%. As mulheres relataram mais problemas que os homens e tiveram escores médios de VAS menores. As demais comparações para cada variável estudada estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Comparações de subgrupos na amostra de cuidadores de idosos, Ilha Solteira, Brasil, 2019 (n=194)

| | 11111 n (%) | A1 n (%) | A2 n (%) | A3 n (%) | A4 n (%) | A5 n (%) | VAS μ (dp) | n (%) |
|-------------------------|----------------|-------------|-------------|-----------|--------------|-----------|-------------------|---------------|
| Total | 67 (34.5) | 7 (3.6) | 1 (0.5) | 25 (12.9) | 95 (49.0) | 80 (41.2) | 77.3 (19.4) | 194 (100) |
| Sexo | | | | | | | | |
| Masculino | 20 (54.1) | - | - | 1 (2.7) | 13 (35.1) | 6 (16.2) | 82.5 (13.8) | 37 (19.1) |
| Feminino | 47 (29.9) | 7 (4.5) | 1 (0.6) | 24 (15.3) | 82 (52.2) | 74 (47.1) | 76.0 (20.3) | 157 (80.9) |
| Idade | | | | | | | | |
| Até 60 anos | 48 (41.0) | 3 (2.6) | 1 (0.9) | 7 (6.0) | 48 (41.0) | 47 (40.2) | 78.9 (18.2) | 117 (60.3) |
| Acima 60 anos | 19 (24.7) | 4 (5.2) | - | 18 (23.4) | 47 (61.0) | 33 (42.9) | 74.7 (20.8) | 77 (39.7) |
| Estado civil | | | | | | | | |
| Solteiro | 20 (43.5) | 1 (2,2) | - | 2 (4.3) | 19 (41.3) | 17 (37.0) | 77.4 (16.9) | 46 (23.7) |
| Casado | 33 (28.7) | 2 (1.7) | 1 (0.9) | 17 (14.8) | 66 (57.4) | 50 (43.5) | 78.6 (20.3) | 115 (59.3) |
| Divorciado | 10 (43.5) | 3 (13.0) | - | 3 (13.0) | 7 (30.4) | 8 (34.8) | 70.2 (19.4) | 23 (11.9) |
| Viúvo | 4 (40.0) | 1 (10.0) | - | 3 (30.0) | 3 (30.0) | 5 (50.0) | 77.5 (18.4) | 10 (5.2) |

| | 11111 n (%) | A1 n (%) | A2 n (%) | A3 n (%) | A4 n (%) | A5 n (%) | VAS μ (dp) | n (%) |
|---------------------|----------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|
| Instrução | | | | | | | | |
| Analfabeto | - | 1 (12.5) | - | 2 (25.0) | 5 (62.5) | 2 (25.0) | 76.2 (23.9) | 8 (4.1) |
| Fund. incompleto | 17 (24.3) | 3 (4.3) | - | 14 (20.0) | 45 (64.3) | 29 (41.4) | 73.2 (20.8) | 70 (36.1) |
| Fund. completo | 6 (27.3) | - | - | 1 (4.5) | 13 (59.1) | 11 (50.0) | 80.6 (13.0) | 22 (11.3) |
| Ensino médio | 32 (45.1) | 1 (1.4) | - | 4 (5.6) | 24 (33.8) | 30 (42.3) | 81.8 (17.0) | 71 (36.6) |
| Ensino superior | 12 (52.2) | 2 (8.7) | 1 (4.3) | 4 (17.4) | 8 (34.8) | 8 (34.8) | 70.4 (22.4) | 23 (11.9) |
| Religião | | | | | | | | |
| Católica | 33 (32.7) | 5 (5.0) | 1 (1.0) | 14 (13.9) | 50 (49.5) | 45 (44.6) | 76.4 (18.7) | 101 (52.1) |
| Evangélica | 19 (31.1) | 1 (1.6) | - | 4 (6.6) | 31 (50.8) | 24 (39.3) | 81.5 (17.2) | 61 (31.4) |
| Outra | 5 (27.8) | - | - | 6 (33.3) | 10 (55.6) | 8 (44.4) | 69.9 (22.5) | 18 (9.3) |
| Nenhuma | 10 (71.4) | 1 (7.1) | - | 1 (7.1) | 4 (28.6) | 3 (21.4) | 74.3 (25.9) | 14 (7.2) |
| Parentesco | | | | | | | | |
| Espos(a) | 10 (17.9) | 1 (1.8) | - | 13 (23.2) | 39 (69.6) | 26 (46.4) | 75.4 (20.8) | 56 (28.9) |
| Filho (a) | 30 (34.1) | 3 (3.4) | - | 5 (5.7) | 42 (47.7) | 38 (43.2) | 77.2 (19.2) | 88 (45.4) |
| Contra- tado (a) | 10 (47.6) | - | - | - | 7 (33.3) | 8 (38.1) | 78.1 (16.3) | 21 (10.8) |
| Outro | 17 (58.6) | 3 (10.3) | 1 (3.4) | 7 (24.1) | 7 (24.1) | 8 (27.6) | 80.2 (19.8) | 29 (14.9) |

| | 11111 n (%) | A1 n (%) | A2 n (%) | A3 n (%) | A4 n (%) | A5 n (%) | VAS μ (dp) | n (%) |
|---------------------------------------|----------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|
| Depen- dência do idoso | | | | | | | | |
| Independente | 9 (32.1) | 1 (3.6) | - | 4 (14.3) | 12 (42.9) | 10 (35.7) | 77.6 (17.3) | 28 (14.4) |
| Depen- dência parcial | 42 (36.8) | 2 (1.8) | - | 13 (11.4) | 56 (49.1) | 44 (38.6) | 77.9 (18.6) | 114 (58.8) |
| Depen- dência total | 16 (30.8) | 4 (7.7) | 1 (1.9) | 8 (15.4) | 27 (51.9) | 26 (50.0) | 75.7 (22.1) | 52 (26.8) |

Nota: 11111=sem problema nas cinco dimensões do EQ-5D-3L; A1=Problemas com mobilidade; A2=Problemas com autocuidado; A3=Problemas com autocuidado; A4=Problemas com dor/mal-estar; A5=Problemas com ansiedade/depressão; VAS=escala visual analógica; μ =média; dp=desvio padrão.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Na análise univariada, dimensão mobilidade (A1), foi encontrada diferença significativa apenas no estado civil divorciado, no qual a “odds ratio” (OR) foi de 6.2 vezes maior a chance quando comparado aos demais estados civis ($p=0.022$). A dimensão ansiedade/depressão (A5) também foi influenciada por apenas uma variável, o “sexo”, onde a chance de ocorrer problema foi de 4.5 vezes maior no sexo feminino quando comparado ao sexo masculino ($p=0.0015$). Na dimensão autocuidado (A2) não houve associação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis estudadas. Já a dimensão atividades habituais (A3) foi influenciada pelas variáveis “idade”, “parentesco”, “grau de instrução” e “religião”, conforme Tabela 3 e a dimensão dor/mal-estar (A4) pelas variáveis “idade”, “parentesco”, “estado civil”, “grau de instrução” como apresentado na Tabela 4.

Tabela 3 – Análise de regressão logística univariada para a dimensão atividades habituais, Ilha Solteira, Brasil, 2019 (n=194)

| Variável | Categoria | p-valor | OR | IC 95% OR |
|--------------|------------------|---------------|--------|-----------------|
| Sexo | Feminino | | | |
| | Masculino | 0.071 | 0.15 | 0.02 - 1,18 |
| Idade | Até 60 anos | | | |
| | Acima de 60 anos | 0.001* | 4.79 | 1.89 - 12.13 |
| Parentesco | Esposo (a) | 0.008* | 3.17 | 1.35 - 7.48 |
| | Filho (a) | 0.010* | 0.26 | 0.09 - 0.72 |
| | Outro | 0.057 | 2.60 | 0.97 - 6.93 |
| | Contratado (a) | 0.793 | 0.0001 | 0.00 – infinito |
| Estado civil | Solteiro | 0.065 | 0.25 | 0.06 - 1.09 |
| | Casado | 0.344 | 1.54 | 0.63 - 3.76 |
| | Divorciado | 0.981 | 1.02 | 0.28 - 3.70 |
| | Viúvo | 0.114 | 3.16 | 0.76 - 13.11 |
| Instrução | Analfabeto | 0.310 | 2.36 | 0.45 - 12.41 |
| | Fund. incompleto | 0.030* | 2.57 | 1.10 - 6.02 |
| | Fund. completo | 0.242 | 0.29 | 0.04 - 2.29 |
| | Ensino médio | 0.033* | 0.30 | 0.10 - 0.90 |
| | Ensino superior | 0.495 | 1.50 | 0.47 - 4.85 |
| Religião | Católica | 0.673 | 1.20 | 0.52 - 2.79 |
| | Evangélica | 0.084 | 0.37 | 0.12 - 1.14 |
| | Outra | 0.011* | 4.13 | 1.39 - 12.28 |
| | Nenhuma | 0.513 | 0.50 | 0.06 - 4.00 |

| Variável | Categoria | p-valor | OR | IC 95% OR |
|----------------------|--------------|---------|------|-------------|
| Dependência do idoso | Total | 0.531 | 1.34 | 0.54 - 3.31 |
| | Parcial | 0.463 | 0.73 | 0.31 - 1.69 |
| | Independente | 0.811 | 1.15 | 0.36 - 3.65 |

Nota: IC 95% OR=Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. OR (*Odds Ratio*).

*Significância para $p < 0.05$.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Tabela 4 – Análise de regressão logística univariada para a dimensão dor/mal-estar, Ilha Solteira, Brasil, 2019 (n=194)

| Variável | Categoria | p-valor | OR | IC 95% OR |
|--------------|------------------|----------------|--------|-------------|
| Sexo | Feminino | 0.064 | 0.4954 | 0.24 - 1.04 |
| | Masculino | | | |
| Idade | Até 60 anos | 0.007* | 2.25 | 1.25 - 4.05 |
| | Acima de 60 anos | | | |
| Parentesco | Esposo (a) | 0.0003* | 3.36 | 1.73 - 6.52 |
| | Filho (a) | 0.753 | 0.91 | 0.52 - 1.61 |
| | Outro | 0.057 | 0.28 | 0.11 - 0.69 |
| | Contratado (a) | 0.135 | 0.48 | 0.19 - 1.26 |
| Estado civil | Solteiro | 0.235 | 0.67 | 0.34 - 1.30 |
| | Casado | 0.005* | 2.32 | 1.29 - 4.18 |
| | Divorciado | 0.064 | 0.41 | 0.16 - 1.05 |
| | Viúvo | 0.230 | 0.43 | 0.11 - 1.71 |

| Variável | Categoria | p-valor | OR | IC 95% OR |
|----------------------|------------------|---------------|------|-------------|
| Instrução | Analfabeto | 0.440 | 1.78 | 0.41 - 7.65 |
| | Fund. incompleto | 0.002* | 2.66 | 1.45 - 4.89 |
| | Fund. completo | 0.316 | 1.59 | 0.64 - 3.90 |
| | Ensino médio | 0.001* | 0.35 | 0.19 - 0.65 |
| | Ensino superior | 0.152 | 0.51 | 0.21 - 1.28 |
| Religião | Católica | 0.876 | 1.05 | 0.60 - 1.84 |
| | Evangélica | 0.727 | 1.11 | 0.61 - 2.04 |
| | Outra | 0.558 | 1.34 | 0.50 - 3.55 |
| | Nenhuma | 0.124 | 0.39 | 0.12 - 1.29 |
| Dependência do idoso | Total | 0.619 | 1.18 | 0.62 - 2.22 |
| | Parcial | 0.959 | 1.02 | 0.57 - 1.80 |
| | Independente | 0.485 | 0.75 | 0.33 - 1.68 |

Nota: IC 95% OR=Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. OR (*Odds Ratio*).

*Significância para $p < 0.05$.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

4 Discussão

Cuidadores domiciliares de idosos do sexo feminino são a maioria e apresentam problemas moderados e ou graves em todas as cinco dimensões do EQ-5D-3L. Observaram-se também diferenças significativas entre a percepção do estado de saúde, medida pela escala visual analógica (VAS) e o sexo dos cuidadores, sendo que as mulheres perceberam seus estados de saúde de forma mais negativa que os cuidadores do sexo masculino. Isso pode ser explicado pelo fato delas estarem em uma situação quase que imposta pelos familiares, em razão do acúmulo de funções diversas no lar e por, na maioria das vezes, exercerem a função sem suporte financeiro e apoio familiar (ANDERSON *et al.*, 2013; ASCEF *et al.*, 2017; HANSEN; SLAGSVOLD, 2013; HAJEK; KÖNIG, 2016; N'GORAN *et al.*, 2017; REIS; DOURADO; GUERRA, 2019; ROVIDA *et al.*, 2015; SLAGSVOLD, 2013).

O cuidado, na população brasileira, ainda está intrinsecamente ligado às questões relacionadas ao sexo. Isso se dá porque, cultural e socialmente, ainda é considerado como sendo uma característica da mulher adaptar-se às exigências dos familiares, prover assistência e organização da vida familiar, em virtude de exercer o cuidado dos filhos, atividades domésticas e, portanto, estar mais preparada para desempenhar o referido papel, enquanto o homem deve ser o principal provedor financeiro da família (CESÁRIO *et al.*, 2017).

A insatisfação com a atividade de cuidador de idoso foi mais frequente entre os participantes com idade igual ou menor de 60 anos. Anderson *et al.* (2013) também observaram que cuidadores entre 18 e 64 anos apresentaram mais chances de sentirem-se insatisfeitos com a vida quando comparados a cuidadores com mais de 64 anos. A necessidade de dividirem o tempo entre as rotinas do cuidado, trabalho, estudo e lazer, mostrou-se fator gerador de insatisfação devido ao prejuízo das atividades pessoais em detrimento da vida do idoso receptor de cuidados.

O grau de dependência física, do idoso receptor de cuidados não interfere na qualidade de vida de seus cuidadores e tal relação corroborou com os achados da literatura (CALDEIRA *et al.*, 2017). No entanto, em outros estudos, a patologia e o grau de agitação do idoso demonstraram influenciar, de forma negativa, a percepção do estado de saúde dos seus cuidadores. Essas pesquisas apontaram para a influência negativa que o grau de dependência do idoso causaria na qualidade de vida de seu cuidador. Cuidadores de idosos fisicamente dependentes tendem a ser mais satisfeitos do que aqueles que cuidavam de idosos com comprometimentos cognitivos, pois estes últimos lidam frequentemente com alterações de humor e de comportamento do idoso, o que afeta negativamente o bem-estar do cuidador (FIGUEIREDO; LIMA; SOUSA, 2012).

Em outros estudos sobre cuidadores familiares de idosos dependentes, a satisfação com a vida foi afetada negativamente, pois em muitos casos, sentiam-se despreparados e, por não receberem suporte para desempenhar a função, apresentaram esgotamento físico e psicológico (CALDEIRA *et al.*, 2017; MAUSBACH *et al.*, 2013; SEQUEIRA, 2013).

A maioria dos cuidadores, no presente estudo, relatou estar satisfeita e não ter dificuldade na rotina de cuidados, o que pode estar relacionado ao fato dessa maioria ser representada por membro da família e, portanto, possuir laços afetivos. Quando se trata de uma pessoa idosa cuidando de outro idoso, estudos observaram que tanto os cuidadores quanto os não cuidadores estavam satisfeitos com a vida, justificado pela capacidade de criar estratégias de enfrentamento para solucionar problemas e pela percepção de

que o aprendizado em cuidar de alguém sempre traz crescimento emocional (LENARDT *et al.*, 2011; TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014).

Para aqueles que apontaram ter alguma dificuldade, observou-se que ela estava relacionada à sobrecarga física e emocional, ao isolamento social, no qual o cuidador vivia e aos conflitos gerados pela própria convivência com idoso, que muitas vezes se torna agressivo e resistente aos cuidados.

O sono prejudicado do cuidador esteve relacionado à inquietação noturna do idoso, devido às alterações do processo de senescência e do aparecimento de patologias. A possibilidade de queda do idoso, especificamente no período da noite, é uma preocupação pertinente, pois a literatura aponta que essa inquietação noturna é uma das principais causas de queda, além das características do ambiente onde vive o idoso (REIS; ROCHA; DUARTE, 2014; SANTOS; WEIZENMANN; KOETZ, 2015).

Cuidar de idosos dependentes é uma atividade complexa e requer atenção e qualificação na execução da rotina de cuidados diários, principalmente administração de medicamentos e alimentação. A adaptação com os horários na rotina dos cuidados prestados é condição estressante, que interfere no cotidiano do cuidador e gera sobrecarga física e emocional. Outra dificuldade apresentada nos relatos diz respeito às alterações de humor do idoso causada pela condição de dependência, incapacidade, tristeza e depressão (ALMEIDA *et al.*, 2017).

A religiosidade tem apresentado interferências positivas na qualidade de vida das pessoas. A vulnerabilidade faz com que o indivíduo busque superação para os acontecimentos negativos da vida, tais como cura, paz e conforto espiritual por meio de rezas ou orações (OLIVEIRA; ALVES, 2014; SANTOS *et al.*, 2017).

Os níveis elevados de envolvimento religioso estariam associados à indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, alegria de viver e afetividade, pois a religiosidade relacionou-se também com a construção de sentido e ordenação da vida dos indivíduos, influenciando direta e positivamente a saúde (MELO *et al.*, 2015; OLIVEIRA; ALVES, 2014).

A qualidade de vida relacionada à saúde é uma medida subjetiva e multidimensional influenciada por variáveis como sexo, idade, relação de parentesco com o idoso, grau de instrução e religião. Pesquisas, empregando o EQ-5D, confirmaram a influência destas variáveis com a QVRS (AGBOR-SANGAYA *et al.*, 2013; MIELCK; VOGELMANN; LEIDL, 2014; PADDISON *et al.*, 2015; SZENDE; JANSSEN; CABASES, 2014).

Observou-se, no presente estudo, que mesmo para o caso de uma cuidadora na situação de cadeirante, a qual teve sua perna amputada por causa

da diabetes, o valor dado para sua saúde, no momento da entrevista, medido pela escala visual analógica, foi alto, demonstrando assim que nem todas as limitações geram insatisfação com a vida.

Mais da metade dos cuidadores, relataram algum tipo de dor ou mal-estar, o que afetaria, negativamente, a percepção do próprio estado de saúde. Uma parcela significativa destes cuidadores, relataram também dor, mal-estar, ansiedade e depressão de forma extrema em algumas das dimensões estudadas, porém, o pior estado de saúde (33333), ou seja, a presença de problemas extremos em todas as dimensões, não foi encontrado neste estudo.

O fato de os participantes pertencerem a um município de pequeno porte do estado de São Paulo, poderia representar uma limitação do estudo. Talvez os resultados sejam diferentes em populações de outras regiões do país ou em outros países. Destaca-se também a subjetividade na avaliação da autopercepção de saúde, uma vez que, a percepção torna-se suscetível às mudanças ao longo da vida em decorrência de condições contextuais e estado psicológico vivenciado pelo indivíduo.

A rotina de cuidados prestados aos idosos é uma atividade complexa, requerendo, portanto, além da capacitação, o desenvolvimento de ações e programas de assistência voltados aos cuidadores domiciliares de idosos.

5 Conclusão

A grande maioria dos cuidadores domiciliares de idosos era mulheres e a autopercepção do seu estado de saúde apresentou-se de forma mais negativa, o que pode ser explicado pela situação, muitas vezes, imposta pelos familiares, pelo acúmulo de funções diversas no lar e por, quase sempre, desenvolverem a atividade sem apoio financeiro e familiar, gerando insatisfação diária e consequentemente impacto na qualidade de vida.

Para os cuidadores que relataram ter dificuldades na rotina do cuidado com o idoso, observou-se que estavam relacionadas à sobrecarga física e emocional, ao isolamento social, no qual o cuidador vivia e aos conflitos gerados pela convivência com idoso agressivo e resistente aos cuidados.

Considerando a extrema relevância do tema, o aumento da expectativa de vida dos brasileiros e do índice de idosos com alguma dependência física ou cognitiva, sugere-se, com os resultados deste estudo, que novas pesquisas sejam desenvolvidas contemplando a comparação entre cuidadores formais e informais.

Além disso, sinaliza a necessidade de pesquisas com delineamento que avaliam a disponibilidade de recurso da rede de serviços e ou apoio social, uma vez que carga emocional e física acaba sendo maior para o cuidador membro da família.

*HOME CAREGIVERS OF ELDERLY:
QUALITY OF LIFE AND PRACTICES
IN THE CARE PROCESS*

abstract

The objective was to evaluate the self-perception of the quality of life of caregivers of the elderly and to know the practices in the care process. The sample consisted of 194 home caregivers for the elderly. Data were collected through interviews, using a semi-structured script and the EQ-5D-3L /VAS instrument. Of the total, 34.5% had no problems in the five dimensions studied and declared good health (average VAS 86.5 ± 13.4). In 65.5%, moderate and/or extreme problems were observed in the five dimensions, and the extremes were reported only in the pain/malaise and anxiety/depression dimensions. 76.8% of the caregivers administered medication, 60.3% helped with clothing, 58.7% bath, 58.2% walking, 31.9% food, and 34% oral hygiene. Of the total 39.18% reported difficulties in the care routine, 12.89% was related to the elderly's locomotion; 7.73% to the bath; 3.09% to living with the elderly, 0.52% to medication administration, and 14.95% to other difficulties described and grouped into three categories: "social isolation" (13.80%), "conflicts of living" (48.27%) and "physical and emotional overload" (37.93%). There was a predominance of female caregivers revealing that the duty to care is still, culturally and socially considered a characteristic of women. The negative self-perception of caregivers is associated with the imposition of family members, the accumulation of various functions in the home, and the lack of support. The routine of care provided to the elderly is complex and interventions aimed at monitoring and training these caregivers are necessary.

key words

Caregivers. Self-Concept. Quality of Life.

referências

- AGBORSANGAYA, Calypse B. *et al.* Health-related quality of life and healthcare utilization in multimorbidity: results of a cross-sectional survey. *Quality of Life Research*, Oxford, v. 22, n. 4, p. 791-799, 2013.
- ALMEIDA, Camila Aparecida Pinheiro Landim *et al.* A visão de cuidadores no cuidado de idosos dependentes institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 145-161, 2017.
- ANDERSON, Lynda A. *et al.* Adult caregivers in the United States: characteristics and differences in well-being, by caregiver age and caregiving status. *Preventing Chronic Disease*, Atlanta, v. 10, n. 15, p. 1-5, 2013.
- ASCEF, Bruna de Oliveira *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. 13, p. 1s-13s, 2017.
- BARBOSA, Bruno Rossi *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014.
- BRASIL. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- BROOKS, Richard. EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, New York, v. 37, n. 1, p. 53-72, 1996.
- BROOKS, Richard; RABIN, Rosalind; DE CHARRO, Frank (ed.). *The measurement and valuation of health status using EQ-5D: a European perspective — evidence from the EuroQol BIOMED Research Programme*. New York: Springer Science & Business Media, 2013.
- CALDEIRA, Rebeca de Barros *et al.* Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 503-517, 2017.
- CESÁRIO, Vanovya Alves Claudino *et al.* Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 171-182, 2017.
- EUROQOL GROUP. EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, New York, v. 16, n. 3, p. 199-208, 1990.
- FERREIRA, Pedro Lopes; FERREIRA, Lara Noronha; PEREIRA, Luis Nobre. Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 26, n. 3, p. 664-675, 2013.
- FIGUEIREDO, Daniela; LIMA, Margarida Pedroso; SOUSA, Liliana. Cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência: rede social, pessoal e satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 13, n. 1, p. 117-129, 2012.
- GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2941-2948, 2010.
- HAJEK, André; KÖNIG, Hans-Helmut. Informal caregiving and subjective well-being: evidence of a population-based longitudinal study of older adults in Germany. *Journal of the American Medical Directors Association*, New York, v. 17, n. 4, p. 300-305, 2016.
- HANSEN, Thomas; SLAGSVOLD, Britt. The psychological effects of providing personal care to a partner: a multidimensional perspective. *Health Psychology Research*, Pavia, v. 1, n. 2, p. 126-134, 2013.

- KATZ, Sidney *et al.* Studies of Illness in the aged — the index ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, Chicago, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.
- LAWTON, M. Powell; BRODY, Elaine M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, Washington, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.
- LENARDT, Maria Helena *et al.* A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Colombia Médica*, Cali, v. 42, n. 1, p. 17-25, 2011.
- MAIA, Juliana Moreira *et al.* Perfil dos cuidadores de idosos de uma instituição de longa permanência de Imperatriz - MA. *Revista Ciência em Extensão*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 43-54, 2018.
- MAUSBACH, Brent T. *et al.* A comparison of psychological outcomes in elderly Alzheimer's caregivers and non-caregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Washington, v. 21, n. 1, p. 5-13, 2013.
- MELO, Cynthia de Freitas *et al.* Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015.
- MENEZES, Renata de Miranda *et al.* EQ-5D-3L-3L as a health measure of Brazilian adult population. *Quality of Life Research*, Oxford, v. 24, n. 11, p. 2761-2776, 2015.
- MIELCK, Andreas; VOGELMANN, Martin; LEIDL, Reiner. Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, London, v. 12, n. 1, p. 58, 2014.
- N'GORAN, Alexandra A. *et al.* Comparing the self-perceived quality of life of multimorbid patients and the general population using the EQ-5D-3L. *PLoS One*, San Francisco, v. 12, n. 12, p. e0188499, 2017.
- NASCIMENTO, Paulo Frassinetti Delfino do *et al.* Percepção do familiar cuidador sobre a independência funcional, o nível cognitivo e o estado emocional do idoso. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 107-120, 2020.
- OLIVEIRA, Julimar Fernandes de *et al.* Qualidade de vida de idosos que cuidam de outros idosos com doenças neurológicas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 428-438, 2018.
- OLIVEIRA, Rosemeire Moreira de; ALVES, Vicente Paulo. A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). *Revista Kairós: Gerontologia*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 305-327, 2014.
- PADDISON, Charlotte A. M. *et al.* Why do patients with multimorbidity in England report worse experiences in primary care? Evidence from the General Practice Patient Survey. *BMJ Open*, London, v. 5, n. 3, p. e006172, 2015.
- REIS, Edison dos; DOURADO, Victor Zuniga; GUERRA, Ricardo Luís Fernandes. Qualidade de vida e fatores de riscos à saúde de cuidadoras formais de idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 47-61, 2019.
- REIS, Luciana de Araújo; ROCHA, Thais de Souza; DUARTE, Stênio Fernando Pimentel. Quedas: risco e fatores associados em idosos institucionalizados. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 28, n. 3, p. 225-234, 2014.
- RENNEN, Mand V.; OPPE Mark. *EQ-5D-3L-3L: version 5.1*. Rotterdam: EuroQol Group, 2015. Disponível em: http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/EQ-5D-3L-3L_UserGuide_2015.pdf. Acesso em: 3 fev. 2020.

ROVIDA, Tânia Adas Saliba *et al.* Elderly caregivers at long-stay institutions: quality of life and temporomandibular dysfunction. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, Piracicaba, v. 14, n. 3, p. 204-208, 2015.

SANTOS, Ariana Oliveira *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes em instituição de longa permanência: uma revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, Caçador, v. 6, n. 1, p. 147-162, 2017.

SANTOS, Marilucia Vieira dos; WEIZENMANN, Simone Ely; KOETZ, Lydia Christmann Espindola. Avaliação dos idosos e a percepção dos profissionais quanto os riscos de quedas em uma instituição de longa permanência. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 16, n. 1, p. 9-14, 2015.

SANTOS, Marisa *et al.* Brazilian valuation of EQ-5D-3L health states: results from a saturation study. *Medical Decision Making*, Cambridge, v. 36, n. 2, p. 253-263, 2016.

SEQUEIRA, Carlos. Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, v. 22, n. 3-4, p. 491-500, 2013.

SZENDE, Agota; JANSSEN, Bas; CABASES, Juan (ed.). *Self-reported population health: an international perspective based on EQ-5D*. Dordrecht: Springer Netherland, 2014.

TOMOMITSU, Monica Regina Scandiuzzi Valente; PERRACINI, Monica Rodrigues; NERI, Anita Liberalesso. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3429-3440, 2014.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, John; KUYKEN, Willem (ed.). *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer, 1994. p. 41-60.

Data de Submissão: 09/06/2020

Data de Aceitação: 14/01/2021

